

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 65

A PROPOS D'UN CAS DE PLACENTOME BÉNIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

RÉTENTIONS PROLONGÉES

DE DÉBRIS PLACENTAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mars 1921

PAR

BRUNEL (Joseph-Achille-Roger)

Né à Romans (Drôme), le 7 mars 1892

Ancien Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Décoré de la Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, professeur, *Président*.

VALLOIS, professeur.

GRYNFELTT, agrégé.

P. DELMAS, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1921

A PROPOS D'UN CAS DE PLACENTOME BÉNIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTENTIONS PROLONGÉES DE DÉBRIS PLACENTAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 65

A PROPOS D'UN CAS DE PLACENTOME BÉNIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTENTIONS PROLONGÉES

DE DÉBRIS PLACENTAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mars 1921

PAR

BRUNEL (Joseph-Achille-Roger)

Né à Romans (Drôme), le 7 mars 1892

Ancien Moniteur d'Accouchement et de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Décoré de la Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

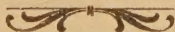
DE ROUVILLE, professeur, *Président.*

VALLOIS, professeur.

GRYNFELTT, agrégé.

P. DELMAS, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (II.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Anatomie	{	MARGAROT.	Accouchements	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.).			CABANNES.
Histologie	{	GRYNFELTT.	Histoire natur.	{	MESTREZAT.
					PECH.
			Chimie		
			Physique		

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof., <i>président</i> .	MM. GRYNFELTT, agrégé.
VALLOIS, professeur.	P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Pour les sacrifices qu'ils ont
consentis, faible témoignage de
ma profonde affection et de ma
sincère reconnaissance.*

*Au Maître à qui nous devons le meilleur de notre
instruction et de notre éducation obstétricale et gyné-
cologique. Au guide bienveillant et sûr qui, pendant
deux années, a accueilli dans son service de l'hôpital
de la Clinique Tarnier notre modeste collaboration de
Moniteur*

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT
ET DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Bien faible témoignage de notre
reconnaissance et de l'admiration
que laisse en nous son enseigne-
ment magistral.*

R. BRUNEL.

AU DOCTEUR MARCEL ROBINEAU

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS

*En témoignage de la profonde
gratitude qu'a fait naître l'extrême
indulgence qu'il n'a cessé de nous
accorder dans l'accomplissement de
nos fonctions auprès de lui pendant
l'année où nous fûmes son assistant
au Centre chirurgical de secteur
(H. O. E. 71).*

AU DOCTEUR MARCEL METZGER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUICHEUR DES HÔPITAUX

*Qui fut notre chef de clinique
à l'hôpital de la Clinique Tarnier
pendant la première année de notre
Monitorat (1919), qui voulut bien
nous honorer de sa confiance et de
son amitié, qui nous a aidé de ses
conseils et nous a toujours donné
de multiples preuves d'affectueux
intérêt.*

AU DOCTEUR PAUL LEQUEUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*En reconnaissance du bienveillant
intérêt dont nous avons été l'objet.*

A MES AUTRES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR WALTHER

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

M. LE DOCTEUR RÉNON, Médecin des Hôpitaux

R. BRUNEL.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

In memoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEVIC

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

AU DOCTEUR GALLOIS

ANCIEN CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE SAINTE-FOY

*Dont nous eûmes l'honneur
d'être l'interne et qui nous aida
de ses précieux conseils.*

AU DOCTEUR PAUL DUROUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE SAINTE-FOY

*Qui nous fit faire les premiers
pas dans nos études médicales.*

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

R. BRUNEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRYNFELT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. DELMAS

R. BRUNEL.

PRÉFACE

Au moment d'accomplir le dernier acte de nos études médicales, ce nous est un devoir agréable de remercier tous ceux dont l'enseignement et la bienveillance nous ont facilité cette tâche.

Le sujet de cette thèse n'est pas celui que nous avons primitivement choisi. Notre maître M. le professeur Bar nous avait inspiré un travail sur « Le Cœur pendant la Grossesse », et, en nous communiquant ses idées personnelles sur ce sujet, nous en avait tracé les grandes lignes ; nous nous excusons auprès de lui de ne point l'imprimer et regrettons que des circonstances indépendantes de nous-même nous empêchent de publier le résultat des recherches auxquelles il avait bien voulu s'intéresser, recherches que, sous sa savante et paternelle direction et aidé de ses précieux conseils, nous avons poursuivies pendant plus d'une année dans son service de l'hôpital de la Clinique Tarnier. Il ne nous serait pas permis à cette occasion d'oublier M. le docteur Gilson, radiographe de la Clinique Tarnier, qui ne nous mesura jamais son bienveillant concours et à qui nous devons de nombreux orthodiagrammes.

La thèse est toujours l'occasion d'un retour de la pensée vers les années d'études écoulées, et cette vision rétrospective est féconde en regrets. Le « bonheur a besoin d'être quitté pour être senti », a dit Pascal. C'est ainsi qu'au seuil d'une vie nouvelle nous ne pouvons, sans une tristesse infinie et très douce, embrasser d'un regard le cher cortège des souvenirs scolaires. Maintenant surtout nous sentons tout ce que nous devons à nos maîtres. Ils nous ont donné l'amour de l'étude, les nobles curiosités de l'esprit, les joies austères de l'intelligence : notre formation scientifique est leur œuvre.

Puissions-nous retirer de leur enseignement le plus de fruits possibles, et, durant notre carrière médicale, les honorer en nous honorant ; puissions-nous faire plus pour le malade que dire avec Ambroise Paré :

« Je le pansay, Dieu le guarist. »

A PROPOS D'UN CAS DE PLACENTOME BÉNIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉTENTIONS PROLONGÉES

DE DÉBRIS PLACENTAIRES

INTRODUCTION

L'étude d'une observation de placentome bénin développé dans un utérus cloisonné nous a suggéré l'idée d'attirer l'attention sur quelques particularités cliniques et thérapeutiques des rétentions placentaires prolongées.

Nos recherches bibliographiques nous ont amené à trouver, dans l'article documenté de Lecène et Promsy paru dans les Annales de gynécologie et obstétrique (1919), quelques observations qui sont à rapprocher de celle qui fait l'objet de notre thèse et que nous devons à l'obligeance de M. le professeur de Rouville.

Ce sont ces observations, auxquelles nous ajouterons les deux observations de Curtis et Ovi, que nous placerons en tête de notre travail, et c'est en nous basant sur elles que nous essayerons de tracer un tableau succinct des rétentions placentaires prolongées, en insistant

spécialement sur les chapitres clinique et diagnostique, de façon à mettre en évidence ce fait actuellement accepté par tous les cliniciens, que, dans les placentomes histologiquement bénins, la conduite à tenir est dictée par l'évolution clinique. L'observation de M. de Rouville en particulier confirme cette proposition.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville. — Recueillie par M. Milhaud, interne des hôpitaux de Montpellier.)

Elphie V..., âgée de 39 ans, entre le 19 novembre 1920 dans le service de gynécologie pour hémorragies abondantes. Le début remonterait à six mois et demi environ, pendant les premières semaines d'une grossesse. La malade constate à ce moment l'apparition de petites pertes, tantôt rouges, tantôt blanches, peu abondantes, mais presque continuelles.

Le 2 septembre 1920 se produit un avortement, sans cause apparente.

Repos absolu au lit pendant onze jours ; pertes rouges pendant quinze jours environ, suivies d'une semaine de pertes blanches. Les dix-huit jours suivants sont marqués par des pertes rouges abondantes, sans caillots. Puis tout s'arrête et pendant un mois il semble que la santé se soit rétablie.

Les règles apparaissent le 2 novembre et durent cinq

jours. Le 17 novembre, nouvelle hémorragie qui dure encore à l'entrée à l'hôpital et s'accompagne d'expulsion de caillots, sans coliques.

Rien à noter du côté des divers appareils.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, irrégulièrement. Mariée à 24 ans ; un enfant à 32 ans ; un avortement à 24 ans (un mois et demi) et un deuxième avortement de quatre mois le 2 septembre 1920.

Antécédents héréditaires. — Néant.

A l'examen on trouve un ventre souple, indolore.

Au toucher, le col présente une lèvre postérieure mince, allongée ; une lèvre antérieure épaissie. *L'orifice externe est ouvert et le doigt a la sensation de masses saignantes qui cherchent à forcer l'orifice utérin.*

Rien dans les culs-de-sac, qui sont indolores.

Etant donné ces signes cliniques, l'hypothèse la plus plausible semblait être qu'on se trouvait en présence d'une rétention post abortum.

Cependant un doute demeurait, doute basé sur certaines particularités cliniques qui méritaient d'attirer l'attention, surtout *cet intervalle de santé à peu près absolue* qui avait séparé l'avortement de l'hémorragie qui nous amenait la malade.

C'est pourquoi, pour plus de sécurité, on décida de pratiquer une biopsie et à cet effet on fit une dilatation en vue de l'examen des produits contenus dans l'utérus.

Le 23 novembre on place une laminaire, et le 25 on peut facilement explorer digitalement la cavité utérine.

Au-dessus de l'orifice interne on sent une cloison divisant l'utérus en deux loges : une loge gauche assez vaste, et une loge droite beaucoup plus petite.

Le curettage prudent ramène des caillots et des débris de muqueuse que l'on envoie au laboratoire.

Pansement utérin à la glycérine créosotée et tamponnement à l'eau oxygénée.

Le 28 novembre, lorsqu'on enlève les tampons pour faire le pansement, on voit se produire *une violente hémorragie* qui nécessite un tamponnement serré, et qui amène une anémie assez marquée de la malade pour qu'on juge utile de pratiquer une injection de sérum et huile camphrée, que l'on répète dans la journée.

Le 6 décembre et le 8 décembre, *nouvelles hémorragies*. Ces accidents faisaient de plus en plus pencher le diagnostic vers l'hypothèse d'une tumeur développée aux dépens de débris placentaires, et en effet les examens de laboratoire montraient dans les débris retirés par le curettage *des cellules claires de Langhans* absolument typiques. Il s'agissait bien d'un placentome, mais le peu d'éléments visibles au microscope ne permettait pas de dire s'il existait une prolifération abondante des cellules comme on en voit dans les formes malignes.

La conduite à tenir était d'ailleurs simple. Les hémorragies à répétition commandaient une intervention hâtive et le 9 décembre on pratique sous anesthésie générale à l'éther une hystérectomie subtotale classique, que l'on mène le plus rapidement possible étant donné la faiblesse de la malade.

Les suites furent excellentes.

L'examen des pièces est particulièrement intéressant.

L'utérus, de volume moyen, présente un éperon divisant incomplètement la cavité utérine.

L'examen microscopique effectué par M. le professeur Massabauu donne les résultats suivants :

« Un ou deux points de la préparation présentent la structure des villosités chorales. Il s'agit de formations à contours irréguliers présentant dans leur partie cen-

trale un axe vasculo-connectif constitué par du tissu mxyoïde.

» A la périphérie existe un revêtement constitué par des cellules claires du type Langhans.

» *En un seul point de la préparation, ce revêtement a proliféré et l'on voit quelques nids de cellules claires, à contour polygonal, présentant la structure générale des cellules de Langhans, mais non en état de prolifération très active.*

» Parmi ces cellules, on peut voir çà et là quelques plasmodies multinucléées, *mais en aucun point on ne trouve de revêtement syncitial*, comme au niveau des villosités choriales normales.

» Cette néoformation très limitée, dont l'ensemble n'occupe même pas tout un champ du microscope à un faible grossissement, présente la structure du *placentome bénin*. »

OBSERVATION II

(Lecène et Promsy)

D. E..., âgée de 38 ans, entre le 29 juin 1906 à Lariboisière dans le service du professeur Hartmann remplacé par le docteur Lecène, pour des pertes vaginales sanguinolentes et un mauvais état général.

La malade, qui avait toujours été bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans, eut une première grossesse à vingt ans et accoucha au cours de crises d'éclampsie d'un fœtus mort. Il y eut quatre grossesses ultérieures pendant lesquelles une albuminurie transitoire fut surveillée et combattue par le régime lacté. Cette femme

eut quatre enfants à terme entre vingt et un et vingt-neuf ans.

Il y a six semaines, la malade, qui avait un retard de règles de quatre à cinq jours, fit une chute peu violente et perdit une petite quantité de sang par le vagin.

Elle eut à cette époque une température élevée (40°) pendant quelques jours. Depuis lors, la malade continue à perdre en petite quantité pendant la journée un liquide glaireux, jaune-rosé.

Ses forces diminuent considérablement, son teint est devenu jaune, elle éprouve une très grande lassitude.

Le ventre est souple, non douloureux. Au toucher vaginal, on sent un col gros, irrégulier, dur, ouvert, admettant l'extrémité de l'index. Le corps de l'utérus est en antéflexion normale, il est un peu augmenté de volume, très dur. Les urines sont troubles, mais ne contiennent ni sucre, ni albumine.

On fait le diagnostic de fibrome sous-muqueux du corps de l'utérus avec métrorragies abondantes (réserves pour le cancer du corps). La malade est opérée le 4 juillet 1906.

Laparotomie médiane sous-ombilicale (Lecène). On trouve un utérus manifestement fibromateux. On fait alors une hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain. En sectionnant le col, on a l'impression que la muqueuse est infiltrée. On fait alors ouvrir la pièce et l'on s'aperçoit que la muqueuse du corps paraît être le siège d'un cancer déjà étendu. En conséquence, on enlève le col et on fait ainsi une hystérectomie totale. Une mèche est placée dans le vagin. Fermeture partielle du vagin. Péritonisation complète. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Suites excellentes. La malade est revue le 12 mai

1910. Cicatrice régulière, sans éventration. Guérison complète.

L'examen microscopique de la masse située dans la cavité utérine et simulant un épithélioma du corps montre que cette masse est tout simplement un placenta nécrobiosé. La plus grande partie des villosités sont sclérosées : leur épithélium de revêtement est le plus souvent détruit ; en quelques points seulement il est conservé et colorable. Il n'existe nulle part d'infiltration de la musculuse utérine par les éléments de l'ectoderme fœtal. Il s'agit donc ici d'un résidu placentaire, resté implanté dans la muqueuse utérine.

OBSERVATION III

(Lecène et Promsy)

H..., ménagère, 35 ans, entre à l'hôpital Bichat le 19 mars 1911 (service du professeur Hartmann suppléé par le docteur Lecène) pour des métrorragies profuses.

La malade a deux garçons bien portants : la première couche (à l'âge de vingt ans) fut suivie de douleurs abdominales qui furent attribuées, par un médecin consulté, à une rétroversion de l'utérus. Quatre ans plus tard, seconde grossesse, la malade a souffert pendant un mois, s'est reposée et l'accouchement s'est fait normalement à terme.

Depuis cette époque, les règles sont douloureuses et fréquentes (tous les quinze jours). L'année dernière, la malade eut une cystite qui guérit après quelques jours

de traitement. Les urines sont actuellement normales. Il y a de la constipation chronique.

La malade commença à souffrir du ventre il y a trois mois, les douleurs siégeaient dans la région sous-ombilicale et irradiaient dans les lombes, particulièrement à gauche. Ces douleurs étaient continuelles et coïncidaient avec une période d'aménorrhée qui dura deux mois. Il y eut ensuite un violent accès de fièvre (40°) qui fut suivi d'une hémorragie utérine importante. Quelques jours plus tard, des pertes jaunâtres, fétides, épaisses, apparurent. Depuis lors ces pertes ont cessé, mais il y a des métrorragies de plus en plus abondantes. La veille de son entrée à l'hôpital, la malade perdit une quantité considérable de sang mêlé à de gros caillots.

Cette femme est affaiblie, son appétit est conservé, mais il y a quelquefois des vomissements le matin. La température est de 37°6.

A l'examen, le ventre est souple, il n'y a pas de résistance de la paroi. La palpation est un peu douloureuse dans l'hypogastre. Au toucher on sent un col gros, regardant en avant, l'orifice admet à peine la pulpe de l'index. En arrière et à gauche il existe une grosse masse dure, douloureuse, mobile, qui est probablement le corps utérin.

Diagnostic : Fibrome peu volumineux, mais accompagné de métrorragies abondantes.

Opération le 27 mars 1911 (Lecène). — Hystérectomie abdominale totale. Péritonisation complète. Fermeture sans drainage à deux plans. La malade sort guérie le 14 avril 1911.

L'utérus est doublé de volume. La cavité utérine agrandie contient un liquide purulent et une masse bosselée, sessile, implantée à la paroi antérieure et à

gauche de l'utérus. Cette masse est de consistance ferme, elle est infiltrée de traînées jaunâtres et de taches hémorragiques ressemblant à des infarctus.

L'examen microscopique de cette masse montre qu'elle est constituée par un placenta presque entièrement nécrobiosé.

Il n'y a pas de signes de proliférations de l'épithélium des villosités (syncitium et couches de Langhans). La muqueuse utérine est très congestionnée au voisinage de l'implantation de ce résidu placentaire.

Cette pièce est pour nous le cas type de rétention placentaire tardive.

Dans tous nos autres cas, les lésions histologiques que nous avons constatées étaient absolument superposables à celles rencontrées, décrites et figurées ici.

OBSERVATION IV

(Lecène et Promsy)

H. L..., 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital Bichat le 15 mai 1911 pour des métrorragies (service du professeur Hartmann, suppléé par le docteur Lecène).

La malade a un passé génital assez chargé. Après avoir eu 4 enfants, dont 2 sont morts en bas âge, elle a fait 2 fausses couches et a subi à la suite de l'une d'elles un curettage à l'hôpital Beaujon. Elle est mal réglée depuis plusieurs années.

L'année dernière la malade est entrée dans le service pour une métrite et une rétroflexion de l'utérus, et elle a

subi le 23 janvier 1910 un curettage et un raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Le 23 décembre elle est revenue pour des douleurs abdominales localisées à gauche. L'examen des organes génitaux n'ayant pas donné de signes positifs, les douleurs furent attribuées à des troubles intestinaux. La malade a d'ailleurs été soignée deux fois dans un service de médecine pour des troubles dyspeptiques.

Les hémorragies actuelles ont débuté il y a un mois par un léger écoulement sanguin qui augmenta peu à peu d'intensité et se termina il y a quelques jours par une forte hémorragie accompagnée de violentes douleurs dans le bas ventre et les reins. L'écoulement sanguin avait été précédé d'un retard de règles de six semaines, la menstruation étant d'ailleurs irrégulière chez cette malade.

A l'inspection on voit une paroi flasque présentant des vergetures et une cicatrice médiane sous-ombilicale. Par le palper abdominal, on sent le fond de l'utérus fixé à la paroi au-dessus de la symphyse en arrière du tiers inférieur de la cicatrice. Par le toucher on sent un col long, conique, dirigé en arrière et à droite; l'orifice est petit, non déchiré, n'admettant pas l'extrémité de l'index, sa consistance est ferme; les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres.

Les culs-de-sac latéraux sont un peu douloureux, à droite on sent une petite masse du volume d'une noisette, un peu douloureuse. L'utérus est collé à la paroi abdominale antérieure, il remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. On fait le diagnostic de fibrome du corps utérin compliqué de métrorragies abondantes.

Opération le 12 juin 1911 (Lecène). Hystérectomie supra-vaginale avec ablation bi-latérale des annexes.

Péritonisation complète. Ablation de l'appendicé. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Guérison complète.

Ovaires kystiques. Gros kyste sanguin à droite. Endométrite hémorragique, avec épaissement très considérable de la muqueuse en une région localisée (partie moyenne de la face antérieure).

A ce niveau il existe une saillie rougeâtre légèrement pédiculée du volume d'une amande.

L'examen histologique montre que cette masse est un débris placentaire inséré dans la paroi utérine (débris de villosités choriales et cellules déciduales sans trace de prolifération anormale).

OBSERVATION V

(Lecène et Promsy)

W..., blanchisseuse; âgée de 34 ans, entre le 16 août 1911 à l'hôpital, pour des métrorragies abondantes.

La malade, qui a eu 5 grossesses normales et 3 fausses couches, était bien réglée jusqu'en février dernier. A cette époque un écoulement sanguin peu abondant apparut et persista pendant deux mois. Il y eut alors une perte plus abondante que l'on peut considérer comme une fausse couche et la malade continua à perdre du sang. Depuis un mois les hémorragies sont de plus en plus considérables et s'accompagnent de caillots. La malade n'a jamais souffert.

Le ventre est légèrement saillant en avant; au palper, on sent une masse remontant assez haut au-dessus du

pubis. Au toucher vaginal on trouve un col gros, entr'ouvert, à lèvre antérieure plus saillante que la postérieure. Au-dessus du col, se continuant avec lui, on sent une masse dure du volume d'une orange, bien mobile dans tous les sens, paraissant être un utérus fibromateux.

Opération le 19 août 1911 (Lecène). — Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Péritonisation complète. Appendicectomie. Réunion de la paroi abdominale sans drainage.

La malade succomba le 3^e jour à des accidents cardio-pulmonaires (asystolie aiguë). La malade avait été soignée en médecine un certain temps auparavant pour une maladie mitrale.

L'utérus est scléreux et très vasculaire. La muqueuse du corps est épaissie. Il existe dans la région inférieure de l'utérus un fragment de placenta adhérent infiltré dans la paroi. Il est de couleur rouge-jaunâtre.

L'examen microscopique de ce débris montre qu'il est constitué par du placenta en voie de nécrobiose. En aucun point il n'existe de prolifération des éléments constitutifs de ces débris placentaires : les villosités sont mal colorées et les espaces intervillositaires pour la plupart thrombosés.

OBSERVATION VI

(Lecène et Promsy)

L..., journalière, âgée de 28 ans, est entrée à Laënnec le 8 septembre 1913 pour douleurs abdominales.

Cette malade, qui était réglée normalement depuis l'âge

de 16 ans et demi, a eu un enfant à vingt-cinq ans, elle n'accuse pas de fausse couche.

Les douleurs qui l'amènent sont apparues il y a six mois, après un retard de règles de quatre jours suivi d'une perte un peu plus abondante que d'habitude.

Depuis cette époque la malade souffre continuellement du ventre d'une façon diffuse. Elle accuse de plus trois crises douloureuses très intenses, remontant la première à cinq mois, la seconde à trois mois et demi, la troisième à un mois environ. Les douleurs survenues brusquement dans les fosses iliaques s'irradiaient dans les lombes et s'accompagnaient de frissons.

Actuellement le ventre est souple, la pression est un peu douloureuse dans les fosses iliaques, nettement douloureuse dans la région sus-pubienne.

Le col utérin est refoulé dans la partie latérale gauche du vagin, il est entr'ouvert et admet dans son orifice l'extrémité de l'index. Dans la partie droite de l'excavation on sent une masse du volume d'une orange paraissant être le corps utérin augmenté de volume.

Cette masse est douloureuse, assez dure; on arrive à la mobiliser; les culs-de-sac sont libres.

Diagnostic: Fibrome utérin compliqué de ménorragies.

Opération le 12 septembre 1913 (Lecène). — Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Péritonisation. Réunion complète sans drainage. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites sans incidents. Guérison simple.

L'utérus enlevé a une cavité agrandie contenant une formation polypeuse du volume d'un très gros œuf. Elle est vraisemblablement formée par une greffe du placenta.

La cavité utérine contient un liquide trouble.

Les annexes sont normales.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien ici d'une rétention placentaire. Celui-ci est presque complètement nécrobiosé : seuls quelques éléments colorables permettent de reconnaître la structure des villosités et de l'épithélium de recouvrement (syncytium et cellules de Langhans).

En aucun point le muscle utérin n'est infiltré et la lésion est purement et simplement une rétention placentaire.

OBSERVATION VII

(Lecène et Promsy)

M..., âgée de 32 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 4 juin 1911, pour des métrorragies.

La malade qui a deux enfants bien portants a eu une fausse couche il y a trois ans. On lui fit à cette époque un curettage à l'hôpital Bichat.

La malade qui avait toujours été bien réglée eut, il y a deux mois, à la suite d'un retard de règles de 9 jours, une perte abondante qui fut suivie d'un écoulement sanguin peu abondant mais prolongé.

Il y a quelques jours, à l'époque présumée de ses règles, la malade eut encore une abondante hémorragie et continue à perdre actuellement de petites quantités de sang.

Un médecin consulté porte le diagnostic de fibrome et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

A l'inspection, la paroi, assez épaisse, semble faire une légère saillie à droite de l'ombilic.

Au toucher, on sent le col dirigé très à gauche et un peu en arrière, il est de consistance ferme et présente de petites aspérités dures à son extrémité. L'orifice, qui admet la pulpe de l'index, regarde à gauche. Dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac antérieur on sent une masse dure se continuant à gauche avec le col mobile.

Par le palper abdominal combiné au toucher on constate que cette masse, du volume d'une grosse orange, est presque toute entière à droite de la ligne médiane, à 3 travers de doigt du pubis. A gauche, elle s'étend à 2 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Cette masse très mobile suit tous les mouvements imprimés au col, elle présente dans sa partie droite et antérieure quelques petites irrégularités.

On confirme le diagnostic de fibrome utérin compliqué de métrorragies.

Opération le 16 juin 1911 (Lecène). — Hystérectomie abdominale totale. Fermeture du vagin, péritonisation complète. Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison sans complication.

La pièce montre des annexes normales, à part un léger degré d'ovarite kystique. L'utérus est très volumineux, le col est atteint de dégénérescence kystique. L'ouverture de l'utérus montre des lésions d'endométrite fongueuse avec un aspect verdâtre de la muqueuse. Dans le fond de la cavité utérine, à égale distance des deux cornes, existe une masse polypoïde noirâtre du volume d'une grosse amande.

L'examen microscopique de cette masse montre qu'elle est en effet constituée par une rétention placentaire : le placenta est en voie de nécrobiose et les éléments carac-

téristiques (villosités choriales) sont difficilement colorables, mais cependant reconnaissables. En aucun point il n'existe de prolifération quelconque des éléments cellulaires constitutifs, conjonctifs ou épithéliaux, de ces villosités.

OBSERVATION VIII

(Curtis et Oui)

Rétention placentaire de 15 à 18 mois.

M^{me} G..., 34 ans. Pas d'antécédent pathologique personnel, ni familial. Mariée à 22 ans, a eu six enfants. Les deux aînés, dont l'un venu avant terme, sont morts en bas âge. Les autres sont bien développés et vigoureux. Grossesses et accouchements toujours faciles. L'avant-dernier accouchement est survenu sans aucun incident le 13 janvier 1899. Les suites ont été normales. Vers le 7 septembre 1900 M^{me} G... put se croire enceinte. Dès lors le ventre prend rapidement des proportions considérables et au troisième mois déjà la malade présentait l'habitus d'une femme à terme. La grossesse évolue, marquée de vomissements incessants qui n'avaient pas existé dans les cas précédents. Au septième mois, la patiente, très développée, consulta une sage-femme qui diagnostiqua une grossesse gémellaire. Au neuvième mois, 14 mai 1901, l'accouchement se produit très brusquement. On ignore si à ce moment le placenta fut bien extrait en totalité. Après la délivrance le ventre reste tuméfié et des hémorragies surviennent. L'une au 9^e jour,

tellement violente que la malade tomba en syncope et dut rester alitée pendant trois mois avant de retrouver ses forces.

Pendant ce temps, des pertes de sang se renouvellent, toujours abondantes, n'empêchant pas cependant la malade de nourrir son enfant pendant dix mois. Pendant les six derniers mois de l'allaitement l'état s'améliore, toute perte purulente ou sanguine disparaît. Quelques semaines après avoir sevré l'enfant, alors que le retour des règles était attendu en fin mai 1902, une nouvelle hémorragie se produit, si abondante que la malade en perdit connaissance.

Depuis cette époque, pertes sanguines répétées, parfois très abondantes. La malade finit par consulter. M. le docteur Colle reconnaît tous les signes d'un kyste ovarique et propose l'intervention chirurgicale qui fut pratiquée le 13 novembre 1903. L'opération se fit sans incidents. L'ovaire gauche formait une grande poche remplie de liquide opalescent ; l'ovaire droit était également en voie de dégénérescence kystique. En saisissant l'utérus, l'opérateur sent à travers les parois des nodosités évidentes et n'hésite pas, en présence de la grosse altération des ovaires, à pratiquer simultanément l'hystérectomie subtotale, l'utérus ayant été ouvert et l'opérateur ayant constaté que la masse néoplasique s'implantait à grande distance (plus de 1 cm.) de la section du col. Les suites de l'opération furent excellentes ; le 7 juin 1904, la malade se trouve en parfait état de santé.

Examen histologique : Polype placentaire. Il n'existe aucune trace d'envahissement des vaisseaux maternels par les éléments épithéliaux du polype.

OBSERVATION IX

(Curtis et Oui)

A..., 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur (service de M. le professeur Folet) le 3 janvier 1903 pour métrorragies.

Cette femme qui ne présente comme antécédents pathologiques extragénitaux, qu'une variole à l'âge de 17 ans, et dont les antécédents héréditaires n'offre rien d'intéressant, donne, non sans quelque obscurité, les renseignements suivants :

Réglée pour la première fois à 14 ans, elle a toujours eu une menstruation régulière; de 18 à 24 ans, elle a eu successivement 1 grossesses, toutes terminées par des accouchements spontanés. Les 3 premiers se sont produits à terme, le 4^e à 8 mois 1/2, à la suite d'une chute. De ces 4 enfants, 3 sont vivants, le second est mort à 18 mois de méningite. Il y a un peu plus d'un an, la malade fait une fausse couche de 2 mois 1/2 dont il est impossible de lui faire préciser exactement la date.

L'œuf expulsé aurait été vu par une sage-femme qui l'aurait déclaré complet.

Depuis son quatrième accouchement, cette femme dit avoir eu à plusieurs reprises des hémorragies irrégulières, assez abondantes, de brève durée et s'arrêtant spontanément sans aucune intervention.

Après son avortement, les métrorragies se sont reproduites, fréquentes et toujours irrégulières, parfois très abondantes, parfois sous forme d'un suintement pro-

longé. Ni pertes blanches, ni pertes fétides. Pas de douleurs.

Depuis sa fausse couche, la malade a sensiblement maigri et, depuis 6 mois, elle accuse une faiblesse générale prononcée. Elle est manifestement anémiée, mais son facies est relativement bon.

Un examen attentif ne révèle rien de particulier dans aucun des grands appareils. L'examen de l'appareil génital fait constater un utérus volumineux, rétrofléchi, dont le col est hypertrophié et déchiré avec un gros ectropion. Je propose à cette femme un curettage et une amputation du col qui furent acceptés et fixés au 8 janvier. Mais, lorsque ce jour-là je fis avec les bougies de Hégar la dilatation du col, il se produisit une hémorragie considérable. Le sang sortait du col à plein jet

J'introduisis le doigt dans la cavité utérine et je trouvai, implantée sur la face antérieure, juste au-dessus de l'orifice interne, un champignon mamelonné et mou.

Je pensai, alors, que j'avais affaire à un déciduome, et, ne voulant pas faire subir à cette femme, sans son consentement, une opération plus grave que celle qui lui avait été proposée, je tamponnai l'utérus à la gaze iodoformée et la fis reporter au lit.

Les métrorragies abondantes signalées par la malade, l'altération sensible de l'état général bien que cette altération fût moins accentuée qu'elle ne l'est habituellement dans les cas de tumeur maligne, enfin, la présence dans l'utérus de cette tumeur mamelonnée et mollassse plus d'un an après un avortement que tout autorisait à regarder comme complet, tous ces signes me confirmèrent dans le diagnostic de déciduome malin. Je proposai alors à cette femme l'hystérectomie qu'elle accepta, et

deux jours après, le 10 janvier, je pratiquai la castration abdominale totale sans aucun incident.

Les suites opératoires furent absolument normales et cette femme sortit en très bon état trois semaines après l'intervention.

Examen histologique : Polype placentaire.

HISTORIQUE

Les documents apportés à l'étude des tumeurs placentaires sont nombreux. Velpeau, Kiwisch, Virchow, Braun, avaient signalé diverses formations nées des débris placentaires retenus dans l'utérus après un avortement ou un accouchement.

C'est à Velpeau, Scanzoni et Braun que l'on doit en particulier la connaissance des polypes fibrineux.

Mais l'étude du placentome vrai est due à Anna Klason qui en 1889 en fit une étude d'ensemble parue dans les Annales de gynécologie.

Hartmann et Toupet, en 1895, apportèrent une étude histologique détaillée et ce sont eux qui, les premiers, montrèrent l'existence de villosités choriales plus ou moins altérées dans ces tumeurs dont l'origine fœtale n'était jusqu'alors ni unanimement acceptée, ni exactement reconnue.

En Allemagne les travaux de Merttens et de Graefe, en Italie ceux de Resinelli, mettaient en même temps la question au point : les villosités choriales ne sont pas altérées, mortes, comme le croyaient certains auteurs, elles sont vivantes, avec un revêtement syncytial non

dégénéré et ce sont là deux caractères typiques importants.

Plus récemment Estéoule, en 1905, a consacré sa thèse à la rétention prolongée des débris placentaires. Curtis et Ovi ont produit, en 1904, un mémoire sur l'anatomie pathologique du polype placentaire.

Depuis 1905, aucun travail important n'a été publié à notre connaissance et il faut arriver en 1919 pour trouver dans la thèse de Promsy et le mémoire de Lecène et Promsy des documents nouveaux qui s'ajoutent à ceux parus quinze ans auparavant.

DÉFINITION

Avant d'entrer dans l'étude des rétentions placentaires et des tumeurs qui peuvent se développer à leurs dépens, il convient de bien établir les différentes dénominations données à ces diverses tumeurs. Les termes de *déciduome*, de *placentome*, de *chorio-épithéliome*, de *môle*, employés quelquefois sans assez de discernement, ont créé dans cette question de terminologie une confusion qu'il convient de dissiper.

J.-L. Faure, dans son *Traité de gynécologie*, distingue :

- 1° La *môle hydatiforme* ;
- 2° Le *placentome malin* ;
- 3° Les *polypes placentaires*.

Il faut exclure, dit-il, les *déciduomes* : ce terme doit être réservé à des tumeurs exceptionnelles caractérisées par une hyperplasie d'un territoire de caduque utérine vraie, isolée de l'œuf par une cause mécanique, fibrome par exemple, ou exprimant la métamorphose déciduale d'un polype glandulaire préexistant.

C'est à peu de chose près la classification adoptée par Forgue et Massabuau, qui distinguent :

- A) Des *placentomes fœtaux*, comprenant deux groupes :
 - 1° *Placentome bénin* ;

2° Placentome malin ou chorio-épithéliome, succédant le plus souvent à une môle hydatiforme.

B) Des placentomes maternels « nés des grosses cellules déciduales de la sérotine, constituant les *déci-duomes vrais* de l'utérus ou sarcomes déci duo-cellulaires ».

En somme, il existe des tumeurs nées aux dépens du placenta-fœtal et des tumeurs nées aux dépens du placenta maternel.

C'est dans le premier groupe que se placent celles que nous devons étudier.

ETIOLOGIE

Ce chapitre ne comporte pas un grand développement.

Une cause est nécessaire, *indispensable*, pour le développement de la tumeur : *c'est la grossesse*, que celle-ci se termine par un accouchement normal ou plus souvent par un avortement. Dans notre observation il y a eu un avortement au quatrième mois de la grossesse. Dans les observations de Lecène on relève :

Un retard de règles dans l'observation II, deux grossesses dans l'observation III, la 2^e grossesse suivie de troubles qui ont amené l'opération ; quatre grossesses, trois avortements dans l'observation IV ; les métrorragies ont apparu après un retard de règles de six semaines ; cinq grossesses, trois fausses couches dans l'observation V ; un retard de règles de quatre jours dans l'observation VI ; une fausse couche et un retard de règles de neuf jours dans l'observation VII.

Dans les observations de Curtis et Ovi, six grossesses (Obs. VIII) ; quatre grossesses et un avortement (Obs. IX).

Y a-t-il des causes prédisposantes ? Les avis des auteurs sont partagés.

Les uns invoquent la multiparité. On la trouve dans l'observation I et dans les observations I, II, III, IV

et V de Lecène et Promsy et dans les deux observations de Curtis et Ovi.

« Peut-être les grossesses successives déterminent-elles la prolifération d'éléments placentaires inclus dans l'utérus lors d'une première puerpéralité et demeurés depuis endormis.

» *L'infection post partum ou post abortum* ne jouerait aucun rôle prédisposant. Durante pense même qu'elle mettrait, dans une certaine mesure, à l'abri des tumeurs placentaires en provoquant la désagrégation et la destruction des débris placentaires non expulsés. » (Forgue et Massabuau).

Ce facteur de l'infection ne se rencontre pas en effet dans les observations que nous avons relevées.

Enfin n'y a-t-il pas dans certains cas un *facteur prédisposant d'ordre anatomique*? Dans le cas rapporté par M. le professeur de Rouville il s'agissait d'un utérus cloisonné. Ne peut-on pas émettre l'hypothèse que ce cloisonnement est une cause favorisante possible de rétention placentaire, soit que des adhérences particulièrement résistantes s'établissent au niveau de la cloison dont la structure histologique n'est pas aussi parfaite que celle du reste de l'utérus, soit que l'expulsion du délivre soit entravée du fait de cette cloison qui vient rétrécir le passage au niveau de l'orifice interne, ou qui ne se contracte pas avec autant de puissance que le reste de l'utérus.

C'est une hypothèse que nous émettons sans en vouloir tirer des conclusions trop hâtives.

Pour Lecène, les grandes causes de rétention placentaire sont d'une part l'insuffisance et l'irrégularité des contractions utérines, de l'autre les adhérences anormales du placenta.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un débris placentaire a été retenu dans l'utérus. Quelle va être sa destinée en dehors de toute infection ?

1° Il peut subir la désintégration.

2° Il peut devenir polype fibreux.

3° Il peut, si les conditions circulatoires le lui permettent, continuer à vivre, et par la suite s'organiser, s'accroître, devenir le *placentome bénin* ou polype placentaire vrai.

Il peut se développer suivant un processus envahissant, devenir une véritable néoplasie maligne, un *chorio-épithéliome*.

Dans les cas typiques, les limites entre les différents types sont particulièrement nettes.

Dans le cas de placentome bénin qui seul nous intéresse ici, on trouve au point de vue macroscopique une masse plus ou moins volumineuse, adhérent par une large base ou un pédicule étroit à la paroi utérine qui ne présente pas à ce niveau de zone amincie.

Microscopiquement on peut distinguer trois zones, avec Forge et Massabuau :

a) Une zone périphérique constituée par une masse de fibrine qui enveloppe la tumeur ;

b) Une zone moyenne formée par des villosités chorionales en plus ou moins grand nombre, séparées les unes des autres par des lacunes sanguines ;

c) Une zone profonde, constituée par la caduque utérine en état de subinvolution.

L'élément fondamental est représenté par les villosités chorionales, mais sans trace de prolifération abondante ou atypique qui caractérise la tumeur maligne qu'est le chorio-épithéliome.

Quelle est l'évolution anatomique de ce placentome ?

Le polype pur régresse toujours, dit Shickelé. Il survivra plus ou moins longtemps selon l'intensité de la vascularisation. Avec Lecène et Promsy, le gynécologue strasbourgeois pense que jamais un placentome bénin ne se transforme en placentome malin, en chorio-épithéliome.

Pour Forgue et Massabuau, au contraire, la transformation est possible. « Quelquefois, disent-ils, le revêtement syncytial bourgeonne, habituellement de façon discrète, parfois de façon exubérante : ce sont les cas dans lesquels il faut craindre une transformation du polype placentaire en chorio-épithéliome. »

C'est aussi l'avis d'Estéoule qui insiste sur ce fait que les polypes placentaires renferment des éléments de l'ectoderme fœtal dont la nature est fondamentalement envahissante. Ces éléments, syncytium et cellules de Langhans, demeurent le plus souvent endormis, vivant d'une vie latente ; mais on peut, on doit même toujours en craindre le réveil. Si des hémorragies surviennent après l'extirpation il ne faudra pas hésiter à faire un nouveau curettage et à pratiquer l'hystérectomie si l'on trouve dans les débris ramenés par la curette des éléments encore vivants de l'ectoderme fœtal.

Il est certain, et Shickelé le reconnaît lui-même, que les limites entre les proliférations bénignes qui se trouvent dans les polypes et la forme atypique du chorio-épithéliome peuvent être à tel point effacées qu'il faudra un examen microscopique particulièrement minutieux et portant sur la totalité des débris pour trancher la question.

C'est bien à un de ces cas limites que paraît se rapporter l'observation I.

« En un point de la préparation, le revêtement de cellules claires a **proliféré** et l'on voit quelques nids de cellules claires à contour polygonal présentant la structure générale des cellules de Langhans, mais non en état de prolifération très active. »

Certains auteurs estiment même qu'il est très difficile, sinon impossible, de distinguer un placentome bénin d'un placentome malin. Hörmann a rapporté un cas de chorio-épithéliome ayant subi un processus de guérison spontanée, alors que l'examen histologique montrait des cellules de Langhans avec de nombreuses mitoses et du syncytium intégral.

SYMPTOMATOLOGIE

Il faut distinguer des signes fonctionnels et des signes physiques.

1° Signes fonctionnels.

Le symptôme capital, essentiel, est représenté par l'hémorragie. Les conditions dans lesquelles elle apparaît doivent guider le clinicien et aiguiller le diagnostic.

Une femme ayant eu quelques jours, quelques semaines ou quelques mois auparavant un accouchement normal ou un avortement simple voit apparaître, après une période où la santé s'est rétablie, une hémorragie abondante. Cet intervalle de santé est en effet plus ou moins long, *mais il existe le plus souvent*, et il constitue à notre avis un élément de première importance.

La perte sanguine peut coïncider avec l'époque menstruelle : c'est une ménorragie. Alors que les règles durent habituellement trois à quatre jours, elles persistent pendant huit, dix ou quinze jours, abondantes, le plus souvent avec des caillots, et l'abondance peut être telle que le malade s'anémie.

En général il s'agit de métrorragies. « Il semble que

la fonction menstruelle se rétablisse mal tant que persiste la rétention d'un fragment de placenta. »

L'abondance de ces métrorragies est variable : l'écoulement d'abord faible peut augmenter insensiblement pour devenir au bout de quelques jours très abondant. Ailleurs il est d'emblée considérable.

Constitué parfois par du sang pur, il peut contenir des débris nécrosés, rappelant des produits cancéreux : ce sont des portions de placenta désintégrées qui risquent ainsi de donner le change.

A ces hémorragies qui sont le symptôme fonctionnel dominant s'ajoutent, suivant les sujets, d'autres symptômes qui ont moins de valeur et qui sont inconstants.

La douleur, sous forme de coliques utérines. Elles sont l'expression des contractions utérines cherchant à expulser les produits contenus dans l'utérus.

La fièvre quand il existe une infection annexuelle concomitante.

Quant à l'altération de l'état général, le plus souvent minime, elle s'accuse quand la perte de sang se prolonge et devient abondante. L'anémie de cause hémorragique constitue une indication non négligeable d'intervention (Obs. du professeur de Rouville, par exemple).

2° Signes physiques.

L'inspection est le plus souvent négative.

La palpation peut révéler un peu de résistance de la paroi abdominale. Lorsqu'elle s'accuse, il faut craindre une infection annexielle ou paramétritique.

Le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique éclaire alors le tableau clinique fonctionnel et le complet. Le col est mou, *entr'ouvert*, et le doigt sent quelquefois

les masses saignantes contenues dans la cavité utérine. C'est là un signe de grande valeur.

Le corps utérin augmenté de volume est dur, sensible, mobile, *régulier*.

Les culs-de-sac sont libres, sauf quand il existe des lésions annexielles ou quand l'utérus basculé vient saillir dans le Douglas.

Tel est le tableau clinique qui peut se résumer ainsi :
Hémorragies utérines survenant plus ou moins longtemps après un accouchement ou un avortement.

Col mou, entr'ouvert, avec utérus augmenté de volume, régulier, mobile et sensible.

EVOLUTION

Le plus souvent l'hémorragie imposant une intervention, celle-ci met un terme aux troubles mentionnés en évacuant l'utérus par un curettage.

Mais ce n'est point une règle, ni générale, ni absolue. Nombreux sont les cas où le curettage, loin d'arrêter les accidents, les rend plus graves (plusieurs des observations rapportées en font foi).

On voit alors l'état général décliner, l'anémie faire des progrès continuels, et si une intervention efficace n'avait lieu, la mort serait certainement le résultat de ces hémorragies répétées.

Ici se place la question de savoir quelle est la signification de ces hémorragies à répétition.

Pour les uns, elles expriment la transformation progressive du placentome bénin en chorio-épithéliome (Forgue et Massabuau).

Pour les autres, elles appartiennent encore au placentome bénin (Lecène). « Les examens microscopiques ne semblent pas autoriser actuellement l'adoption de cette interprétation de la transformation en chorio-épithéliome d'une rétention placentaire tardive (Lecène). »

DIAGNOSTIC

Il est basé sur les signes fonctionnels et physiques exposés dans le précédent chapitre.

Hémorragies, gros utérus, en rapport avec la notion d'une grossesse terminée par accouchement normal ou avortement.

L'interrogatoire devra s'attacher à rechercher cette notion. Souvent les malades n'attachent aucune importance à un *retard de règles*. Le médecin au contraire devra s'y arrêter et y voir un signe de première importance pour aiguiller son diagnostic vers l'idée d'une rétention placentaire.

En effet les deux signes : *Hémorragies* et *gros utérus* peuvent être attribuées à d'autres affections.

Il faudra donc éliminer :

1° *Le fibrome*. — Ici les ménorragies ont généralement précédé les métrorragies. L'utérus est moins régulier que dans le cas de placentome. Au surplus, l'exploration de la cavité utérine la montre agrandie, souvent déformée. L'existence de gorgées hydropériques est en faveur du fibrome.

2° *Le sarcome*. — La marche en est rapide. Les

hémorragies n'ont point avec la grossesse le rapport de cause à effet que l'on rencontre dans le placentome. L'utérus est volumineux, irrégulier, l'état général rapidement altéré, la cachexie précoce.

3° *L'épithéliome intra-utérin.* — Il se distingue par des hémorragies d'odeur particulière, par des douleurs revenant à heure fixe, par l'altération précoce de l'état général.

De toute façon il sera bon de dissiper les doutes par un examen biopsique. L'utérus étant dilaté, un fragment de la tumeur sera examiné microscopiquement.

Ayant ainsi établi qu'il s'agit de rétention placentaire, *le diagnostic devra ensuite établir si l'on est en présence de placentome bénin ou de placentome malin.* L'existence d'une môle aiguillera le diagnostic vers l'idée de chorio-épithéliome.

L'examen anatomo-pathologique ne paraît pas donner de résultats concluants, et Forge et Massabuau, après Hörmann, estiment en effet qu'il est très difficile sinon impossible de distinguer un placentome bénin d'un placentome malin.

De toute façon l'évolution clinique décidera assez rapidement. Car la malade ou bien cessera définitivement de saigner et alors la bénignité de l'affection est assurée, ou bien elle verra les hémorragies continuer et dans ce cas une tumeur histologiquement bénigne peut bien être cliniquement maligne. La clinique doit nettement prendre le pas sur le laboratoire (Obs. I).

De toute façon, en présence d'un utérus qui saigne le praticien devra songer aux rétentions placentaires si dans les antécédents de la malade on relève des grossesses ou des avortements.

Pour les avortements il devra les rechercher, les dépister dans les retards de règles.

Dans le doute on doit dilater l'utérus et pratiquer une biopsie. Le laboratoire apportera une aide précieuse surtout s'il s'agit d'épithéliome. Il ne saurait être suffisant en cas de placentome et la clinique gardera alors tous ses droits et se guidera sur l'évolution de la maladie.

PRONOSTIC

Le pronostic, on le voit, est variable. Généralement bénin, puisque la tumeur cède le plus souvent au curetage, il est plus réservé dans les formes qui résistent à ce moyen habituel de traitement si simple.

Il faut tenir compte aussi de la possibilité de transformation maligne, admise par de nombreux auteurs.

TRAITEMENT

Il comprend :

1° Le curettage ;

2° L'hystérectomie.

Le curettage s'applique à tous les cas. Il se pratique après dilatation lente aux lamineaires, ou dilatation rapide aux bougies de Hégar. L'anesthésie générale est alors le plus souvent nécessaire, la dilatation rapide étant douloureuse.

Le curettage doit être prudent. L'utérus est mou et la curette manœuvrée comme dans un utérus métritique risquerait de perforer la paroi.

L'opération se termine par un lavage à l'eau iodée et un tamponnement à la glycérine créosotée de la cavité utérine. Tamponnement du vagin à l'eau oxygénée. Le pansement est enlevé 48 heures plus tard, et dans les cas favorables la malade peut quitter le lit dès le huitième jour (méthode du professeur de Rouville).

L'hystérectomie indiquée dans certains cas que nous préciserons dans un instant sera généralement subtotale. Elle est plus rapide que la totale dans son exécution.

On peut la compléter par un évidement du col, suivant le procédé du professeur de Rouville.

INDICATIONS. — *Le curettage* est indiqué dans tous les cas de placentome, soit à titre explorateur (biopsie), soit à titre thérapeutique.

L'hystérectomie est indiquée dans les cas qui résistent au curettage. Elle s'adresse aux utérus qui continuent de saigner quoique leur muqueuse et les débris placentaires aient été évacués. Elle s'impose d'autant plus que les hémorragies sont plus fréquentes et plus graves, que l'état général de la malade décline, que l'anémie s'accuse de plus en plus. On peut dire qu'elle est alors la seule planche de salut.

C'est dans ces cas qu'il ne faudra pas trop s'attarder aux résultats fournis par le laboratoire. On ne saurait poser en principe de loi : *Placentome bénin = curettage*. Ce serait faire courir aux malades un risque trop grand. *Tumeur histologiquement bénigne peut être en même temps tumeur cliniquement maligne*. Le fibrome en est un exemple. Ne voyons-nous pas ces volumineuses tumeurs fibreuses, au sein desquelles se développent de gros vaisseaux, donner lieu à de terribles hémorragies ? La proposition est valable pour les rétentions placentaires. Les diverses observations rapportées en tête de notre travail appuient cette affirmation.

RÉSULTATS. — Bons, dans le cas de curettage, comme après les hystérectomies. L'état général se remonte rapidement. Les suites sont celles d'une hystérectomie banale pour fibrome.

CONCLUSIONS

I. — Les débris placentaires peuvent être retenus plus ou moins longtemps dans l'utérus. La durée de rétention est essentiellement variable et peut être très longue en dehors de toute infection.

II. — Ces débris peuvent subir une évolution variable :

- a) Ils se résorbent ;
- b) Ils se transforment en placentome bénin ;
- c) Ils se transforment en placentome malin.

III. — Le tableau clinique du placentome bénin présente comme signes cardinaux :

Hémorragies utérines et gros utérus régulier. La notion de grossesse antérieure ou terminée par accouchement normal ou avortement, *même éloignés*, constitue un signe capital.

IV. — Le diagnostic sera basé sur ces signes fonctionnels et physiques. Il s'aidera largement de l'exploration de la cavité utérine et de la biopsie.

V. — Placentome histologiquement bénin ne signifie pas placentome cliniquement bénin. Seule l'évolution clinique devra commander la conduite à tenir.

VI. — Le traitement commencera par un curettage. Mais on n'hésitera pas à pratiquer l'hystérectomie si les hémorragies se renouvellent et deviennent ainsi un danger pour la vie de la malade.

BIBLIOGRAPHIE

- BEASSE (Lucien). — Contribution à l'étude des malformations génitales chez la femme et particulièrement de l'utérus et du vagin double (Thèse Paris, 1903-1904, n° 60).
- BRIQUEL. — Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires (Thèse Nancy, 1903).
- CAZIN. — La Gynécologie, 1896.
- CORTIGUERA. — Môles et chorio-épithéliomes (Annales de gyn., 1906).
- CUNÉO. — Chorio-épithéliome de l'utérus (Société de chirurgie, 1914).
- CURTIS et OUI. — Anatomie pathologique du polype placentaire (Annales de gynécologie et obstétrique, 1904).
- DURANTE. — Revue médicale de la Suisse romande, 1896.
- DURANTE et PICQUÉ. — Epithélioma ectoplacentaire (La Gynécologie, 1905).
- ESTÉOULE. — Recherches sur la rétention prolongée des débris placentaires. Polypes placentaires (Thèse Paris, 1904).
- FAURE (J.-L.). — Chorio-épithéliome de l'utérus (Société de chirurgie, 1914).
- FAURE et SIREDEY. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

- FORGUE et MASSADUAT. — Les tumeurs à formations chorio-épithéliales des glandes génitales (Revue de gyn., 1906).
- Traité de gynécologie (*In* Le Dentu et Delbet).
- GONDRE (F.-J.). — De l'épithélioma ectoplacentaire (Déciduome malin) (Thèse Toulouse, 1900-1901, n° 410).
- GRÆFE (DE). — Ueber Retention des Menschlichen Eies in Uterus nach dem Fruchttod (Festschrift für C. Rüge, Berlin, 1896).
- HARTMANN et TOUPET. — Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta (Annales de gynécologie, 1895).
- HERMANN. — Contribution à l'étude clinique et histologique du chorio-épithéliome avec des recherches anatomiques sur les altérations ovariennes (Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 1911, Bd LXVIII).
- HÖRMANN. — Existe-t-il des indices histologiques du chorio-épithéliome bénin (Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 1906, Bd LIV).
- KLASSON (Anna). — Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus (Annales de gynécologie, 1889).
- LECÈNE et PROMSY. — Remarques anatomo-cliniques sur les rétentions placentaires prolongées (Annales de gynécologie et obstétrique, t. XIII, n° 9, oct. 1919).
- LEJARS et LÉVI (Ch.). — Société anatomique de Paris, 1895.
- MERTTENS. — Beiträge zur normale und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta (Zeitschrift für gebund. Gyn., 1894).
- OLLIVIER-BEAUREGARD (Georges). — Contribution à l'étude du placentome malin (Thèse Paris, 1904-1905, n° 93).
- PETIT (Auguste). — Diagnostic histologique des curettages utérins (Thèse Paris, 1900).
- PROMSY. — Thèse Paris, 1919.
- ROUVILLE (DE) et MILHAUD. — Un cas de placentome bénin développé dans un utérus cloisonné et ayant nécessité l'hystérectomie (Montpellier médical, 1920-1921).

SHICKELÉ (G.). — A propos de la rétention prolongée des débris et polypes placentaires (Paris médical, 7 août 1920).

VITRAC. — Placentome malin. Hystérectomie partielle. Guérison pendant trois ans après l'intervention (Société de médecine et de chirurgie, 1912).

ZARATE. — Annales de gynécologie et obstétrique, 1916.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 7 mars 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 7 mars 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	13
OBSERVATIONS.....	15
HISTORIQUE.....	34
DÉFINITION.....	36
ÉTIOLOGIE.....	38
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	40
SYMPTOMATOLOGIE.....	43
ÉVOLUTION.....	46
DIAGNOSTIC.....	47
PRONOSTIC.....	50
TRAITEMENT.....	51
CONCLUSIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
